salud
Ministerio de Salud
Panamá

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

VACUNACIÓN
1. Institución
2. Giras
3. Visitas Hogar-Otros
4. Programa Escolar
5. Jornada
6. Perifocal
7. Empresarial
8. Granjas
9. VFS
10. Feria de Salud
11. Caravanas
12. OP.

INSTALACIÓN: ______ FUNCIONARIO: ______ DÍA 24 MES 2 AÑO 2016 Grupo Poblacional ______

Nº	PROCEDENCIA Prov.	Dist.	Correg.	Comunidad	ZONA	(Solo para RN) Nº Provisional	Id del Paciente	Fecha de Nac.	Nombre del Paciente	M	Tipo de Paciente 1. Aseg. 2. No Aseg.	1. Emb. 2. Puerp.	Sexo 1. Masc. 2. Fem.	Edad 1. Días 2. Meses 3. Años			BCG	Hepatitis A	Hepatitis B	Anti Polio	Hexavalante	Tdap (Adacel)	Penta Valente	MMR	Tetra Valente	DPT	Dt Infantil	Td Adulto	MR	Varicela	Anti polio IVP IM	VPH (Cervarix)	Neumococ INF	Neumo 23	Meningococo	Fiebre Amarilla	Influenza	Anti Rabica H	Vitamina A	Rotavirus	PPD	ESQ. COMPL.	OTRAS Especifique VACUNAS	DOSIS	Fecha de Prox. Cita / Cita Cumplida
1							C12-3021	27/1/15	Norma Morales		2		2	3	0	1		1						1																					
2							C12-2465	2-8-13	Becker E. Morales		2		1	3	0	2		1		R1				1	R																				
3							2987	21-12-14	German Miranda		2		1	3	0	1				1R				1																					
4							C12-3086	10/5/15	Hija de Celina Gimenes		2		2	2	0	9				1R																				2					
5							1-729-2426	29/9/88	Celina Gimenes		2		2	3	2	7						Camplilo																							
6									Becker Palacio May		2		1	3	0	1		1						1								1													
7							1-778-843	1-8-13	Emilsa abrego		2		2	3	0	2				R1					R																				
8							C12-2505	3/7/11	Mauricio Morales		2		1	3	0	3				R1																									
9							1-773-1615	19/2/11	Lilsama abrego		2		2	3	0	4						Camplito																							
10							8-779-889	20/9/15	Jabani Morale		2		1	2	0	4	1															1								1					
11							1-755-1203	24/5/85	Melida Morales		2		2	3	3	0												1	1																
12							4-842-2213	21-11-07	Cucancio Miranda		2		1	3	0	8										Complili																			

Nº	PROCEDENCIA Prov.	Dist.	Correg.	Comunidad	ZONA	(Solo para RN) Nº Provisional	Id del Paciente	Fecha de Nac.	Nombre del Paciente	M	Tipo de Paciente 1. Aseg. 2. No Aseg.	1. Emb. 2. Puerp.	Sexo 1. Masc. 2. Fem.	Edad 1. Días 2. Meses 3. Años	Edad	BCG	Hepatitis A	Hepatitis B	Anti polio	Hexavalente	Tdap (Adacel)	Penta Valente	MMR	Tetra Valente	DPT	Dt Infantil	Td Adulto	MR	Varicela	Anti polio IVP IM	VPH (Cervarix) Gardasil	Neumococo INF	Neumo 23	Meningococo	Fiebre Amarilla	Influenza	Anti Rabica H	Vitamina A	Rotavirus	PPD	ESQ. COMPL.	OTRAS Vacunas	Dosis	Fecha de Prox. Cita / Cita Completa
13							4-837-412	2/9/04	Abimael abrego		2		1	3	11												B1																	
14							12-728-2264	23/4/06	Gabino Becker		2		1	3	10																1a.													
15							4-840-1054	10/8/00	Porfirio Miranda		2		1	3	09									Completo																				
16							4-853-2176	19/4/10	Luz K. Miranda		2		2	3	05				R2																									
17							12-2083	28/3/12	Yoselin Miranda		2		2	3	03									R																				
18								14/9/67-08	Elias abrego		2		1	3	08						R						1																	
19							1-774-167	3/5/80	Angelica abrego		2		2	3	34											II	1																	
20								10/11/13	Benicio Tugri		2		1	3	02		1						1									1												
21							3-774-937	6/8/11	Rubiel abrego		2		1	3	04				R2				1																					
22							1-765-2376	8/11/07	Maira Miranda		2		2	3	08				R2																									
23							1-770-2182	23/5/09	Kelineth Miranda		2		2	3	06				R2																									
24							1-772-137	12/6/10	Rosel Miranda		2		1	3	05				R2																									
25							4-867-1840	6-1-13	Amir Miranda		2		1	3	03		1		R2				R																					
26							12-728-2270	16/6/08	Rolando abrego		2		1	3	07						R		R																					
27							12-728-2268	6/12/09	Yoel Becker		2		1	3	13								R																					
28							12-728-1680	19/11/05	Gabriel abrego		2		1	3	10															1														

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

VACUNACIÓN
1. Institución
2. Giras
3. Visitas Hogar-Otros
4. Programa Escolar
5. Jornada
6. Perifocal
7. Empresarial
8. Granjas
9. VFS
10. Feria de Salud
11. Caravanas
12. OP.

FUNCIONARIO: ____ DÍA 24 MES 2 AÑO 2016 Grupo Poblacional ____

ZONA	(Solo para RN) Nº Provisional / Nombre del Paciente	Id del Paciente	Fecha de Nac.	M	Tipo de Paciente 1. Aseg. 2. No Aseg.	1. Emb. 2. Puerp.	Sexo 1. Masc. 2. Fem.	Edad 1. Días 2. Meses 3. Años			BCG	Hepatitis A	Hepatitis B	Anti Polio	Hexavalante	Tdap (Adacel)	Penta Valente	MMR	Tetra Valente	OPT	Dt Infantil	Td Adulto	MR	Varicela	Anti polio IVP IM	VPH (Cervaria)	Neumococ INF	Neumo 23	Meningococo	Fiebre Amarilla	Influenza	Anti Rabica H	Vitamina A	Rotavirus	PPD	ESQ. COMPL.	OTRAS Especifique: VACUNAS	DOSIS	Fecha de P. Cita / Cita Cumplid
	Rafael Backer	1-713-1624	10/2/82		2		1	3	3	3												1a.	1a.																
	Paulino Miranda	1-71-252	26/5/77		2		1	3	3	8												1a	1a.																
	Edilo abrego	1-724-637	10/4/89		2		2	3	2	6												1a	1a.																
	Edilo Morales				2																		1a.					1a.											